MEDIZINISCHE MONATSHEFTE

SHANGHAI

HERAUSGEBER: DR. PAUL SALOMON M·D· · DR. EGON GOLDHAMMER M·D·

HEFT 3 **DEZEMBER 1940**

Inhalt:

Verlag der MEDIZINISCHEN MONATSHEFTE SHANGHAI
Dr. Kurt Raphael Ph.D., Rte. des Soeurs 78. Phone 75168.

Anschrift der Schriftleitung: Dr. Paul Salomon M.D., Wayside Road 335. Phone 50792.
Dr. Egon Goldhammer M.D., Chaoufoong Rd. 680. Phone 51997.

MEDIZINISCHE MONATSHEFTE SHANGHAI (SHANGHAI MEDICAL MONTHLY)
registered at the S.M.P. and the P.Fr.

Wie bereits erwähnt, kommen Prolapse beim weiblichen Geschlecht viel häufiger vor als beim Manne, und ich möchte daher etwas ausführlicher auf die *Prolapse* der weiblichen Genitalorgane eingehen.

Auf Grund langjähriger Erfahrungen und genauer Untersuchungen konnte ich feststellen, dass etwa 90% aller Fälle mit Genital-Prolapsen deutliche Konstitutionsanomalien aufwiesen. Da fanden wir Frauen mit Hängebauch, allgemeiner und teilweiser Eingeweidesenkung, Wandernieren, Leisten- und Schenkelbrüchen, Rektusdiastasen, Haemorrhoiden, Plattfüssen, Krampfadern, kurz allerhand Krankheitsbildern in verschiedener Kombination. Die Muskulatur dieser Individuen ist meistens ausserordentlich schlaff, ebenso die bindegewebige Stützsubstanz. Dadurch kommt es auch leicht zu Lageveränderungen der Gebärmutter, zur Retroflexio verschiedenen Grades, womit die Neigung zur Gebärmuttersenkung erhöht wird. Eine abnorme Tiefe des Douglasschen Raumes, wie wir sie bei infantil-asthenischen Individuen recht häufig finden, ist natürlich auch für die Retrodeviation von Bedeutung. Zu allen diesen Beschwerden gesellt sich häufig eine neuropathische Komponente in Form von Uebererregbarkeit des vegetativen Nervensystems und eine Hyperaesthesie im Gebiete des Sympathikus.

Hierher gehört die grosse Anzahl von Frauen und Mädchen, die mit den mannigfachsten Beschwerden den Arzt aufsuchen, welche grösstenteils mit ihrer Konstitution zusamenhängen. Sie klagen über heftige Rücken- und Kreuzschmerzen, Senkungsgefühl, leichte Ermüdbarkeit, Arbeitsunlust, Menstruationsanomalien, dysmennorrhoische Beschwerden, ab und zu über Fluor. Eine gründliche Untersuchung ergibt zunächst keinen Anhaltspunkt für diese Fülle von Klagen und Beschwerden. Nun werden sie vaginal untersucht. Zufälligerweise wird eine Retroflexio entdeckt. Jetzt glaubt der Arzt, die Quelle allen Uebels gefunden zu haben. Teilt er den Befund der Patientin mit, dann ist das Unglück fertig. Die ganze Psyche, die ganze Gedankenrichtung der Frauen wird auf das Genitale konzentriert, sie haben das Gefühl, unterleibskrank zu sein. Sie suchen den Gynaekologen auf und verlangen dringend, operiert zu werden. Dass aber die Operation einer einfachen mobilen Retroflexio in manchen Fällen höchstens einen vorübergehenden psychischen Effekt hat, ist selbstverständlich. Bald stellen sich die alten Beschwerden wieder ein, dazu nicht selten Verwachsungen. Die Kreuzschmerzen sind ja meistens Ermüdungsschmerzen, bedingt durch die Schwäche der Rückenmuskulatur und des Bandapparates. Das Senkungsgefühl, die chronische Obstipation, häufig auch der Fluor sind durch die Enteroptose verursacht. Eine gut sitzende Leibbinde, Diätvorschriften, Kräftigung der Muskulatur und Hebung des allgemeinen Körperzustandes nebst entsprechender psychischer Beeinflussung leisten hier viel mehr, als die beste Operation der Retroflexio. Viel wird in dieser Beziehung operativ gesündigt. Anders verhält es sich natürlich, wo es sich um eine fixierte Retroflexio handelt, oder wo Retroflexio und Prolaps kombiniert vorkommen. Hier muss operiert werden.

Von grösster Bedeutung für die Entstehung der Vorfälle ist die Eingeweidesenkung. Wir kennen zwei Typen von *Enteroptose*. Der eine Typus ist die Folge konstitutionell asthenischer Anomalie und findet sich vorwiegend bei jugendlichen Individuen, sogar Kindern. Der zweite Typus betrifft Frauen, die durch Schwangerschaften oder durch Entfernung grosser Geschwülste etc. eine Erschlaffung und Ausdehnung der Bauchdecken erworben haben, die bei vorhandener Disposition zu "erworbener" Eingeweidesenkung führt. Bei dem ersten Typus genügt die konstitutionelle Körperbeschaffenheit allein zur Entstehung der Senkung. Die unmittelbare Ursache der asthenischen Eingeweidesenkung bildet einerseits die Form des Brustkorbes, starke Neigung der oberen Oeffnung, steil abfallender Rippenverlauf, die enge untere Oeffnung, andererseits die allgemeine Schwäche und Minderwertigkeit der Gewebe, vor allem der Bauchdecken und der bindegewebigen Fixationsmittel der Eingeweide. Hinzu kommt noch die Wirkung des Atmungsmechanismus. Bei der Inspiration tritt normalerweise das Zwerchfell tiefer und findet eine Stütze am Eingeweideblock resp. an den Bauchdecken. Ist die Bauchmuskulatur schlaff, dann fehlt die natürliche Stütze der Eingeweide und damit auch des Zwerchfelles. Dasselbe vermag sich bei der Exspiration nicht genügend zu heben und die untere Thoraxapertur zu erweitern. Der Eingeweideblock wird daher exspiratorisch nicht emporgezogen, sondern tritt mit

MEDIZINISCHE MONATSHEFTE SHANGHAI
SHANGHAI MEDICAL MONTHLY

Organ of the C.A.E.J.R. - MEDICAL BOARD.

HEFT 3 DEZEMBER 1940

Konstitutionspathologie und Prolapse.

von

Prof. E. E. Pribram M. D.

Prolapse spielen beim weiblichen Geschlecht im allgemeinen eine viel grössere Rolle als beim Manne. Die verschiedenen Arten der Prolapse, wie Anal-Rectal-Vaginal-Uterusprolapse stellen meistens nur eine Teilerscheinung einer allgemeinen Krankheitsgruppe eines konstitutionell minderwertigen Individuums dar.

Der hier in Betracht kommende wichtigste Konstitutionstypus ist der Infantilismus und die Hypoplasie im Sinne von *Bartel*, mit ihren beiden Untergruppen, der Asthenie und dem status thymico-lymphaticus. Der *Infantilismus*, eine vorwiegend morphologische Variante, ist nach *Mathes* eine germinativ determinierte Entwicklungshemmung. Er betrachtet alle Formen des Infantilismus als konstitutionell bedingt, während andere Autoren auch die Möglichkeit konditionell erworbener Entwicklungshemmungen annehmen. Dieselben können bedingt sein durch kongenitale Syphilis, Malaria, chronische Vergiftungen etc. Ich will auf die Streitfrage, ob jeder Infantilismus konstitutionell ist und äussere und innere Schädigungen nicht nur für den Zeitpunkt der Wachstumsverzögerung resp. des Wachstumsstillstandes massgebend sind, oder ob diese Schädigungen die alleinige Ursache der Entwicklungsanomalien sind, hier nicht näher eingehen. Jedenfalls bedeutet der Infantilismus den Stillstand auf einer normalerweise vorübergehenden Entwicklungsstufe des Organismus, einzelner Organe oder Organteile. Darnach unterscheiden wir bekanntlich einen allgemeinen von einem partiellen Infantilismus. Hinzu kommt noch häufig eine mangelhafte Involution des lymphatischen Apparates. Hier finden wir wieder Uebergänge zum status thymicolymphaticus (Thymus persistens, vergrösserte Lymphfollikel etc.). Mit dem Infantilismus häufig eng verknüpft ist die *asthenische Konstitutionsanomalie* im Sinne von *Stiller*. *Mathes* hat beide Typen in eine Konstitutionsform zusamengefasst und als *asthenischen Infantilismus* bezeichnet. Die Konstitutionsanomalie der Hypoplasie ist für die Prolapsfrage von grösster Bedeutung. Bei den Hypoplastikern finden wir neben einer Vergrösserung des lymphatischen Apparates eine ausgesprochene Neigung zur Bindegewebsvermehrung und zu Verwachsungen. So sehen wir bei der Wundheilung häufig eine verstärkte Reaktion des Bindegewebes, Neigung zu dicken unschönen Narben, sogen. Keloiden, Bauchfellverwachsungen, Gelenksversteifungen. In scheinbarem Gegensatz dazu steht die Minderwertigkeit des Bindegewebes, die Bindegewebsschwäche. Dadurch neigen diese Individuen zu statischen Verkrümmungen, Brüchen, Eingeweidesenkungen, Varicen, Haemorrhoiden und Prolapsbildung. Hier wird jedoch nur an Quantität ersetzt, was an Qualität mangelt. Die Masse vermag die Güte nicht zu ersetzen.

Neben der angeborenen Minderwertigkeit des Bindegewebes ist auch ganz besonders die Muskelschwäche, die *Hypotonie*, für die Genese der Eingeweidesenkung und Prolapsbildung ausserordentlich wichtig. Gewebsminderwertigkeit ist charakteristisch für den von *Stiller* und *Tuffier* begründeten Konstitutionstypus der Astheniker. Das Wesen der asthenischen Konstitution ist der Habitus, der dem Individuum ein ganz charakteristisches Aussehen verleiht.

dem Zwerchfell allmählich immer tiefer herab. Es kommt auf diese Weise zu einer Verschiebung des Atmungsmechanismus im Sinne der inspiratorischen Kräfte.

Bei der Entstehung des Vorfalles der weiblichen Geschlechtsteile spielt nun ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren eine Rolle. *Halban* und *Tandler* gebührt das Verdienst, als erste auf die hohe Bedeutung der Schwäche der Beckenbodenmuskulatur für die Entstehung der Prolapse hingewiesen zu haben. In scheinbarem Gegensatz dazu stand die Auffassung von *Martin* und seiner Schule, die eine Insuffizienz des bindegewebigen Haft- und Stützapparates für wesentlich bedeutender hielten. Eine derartig isolierte Betrachtung von Beckenbodenmuskulatur und bindegewebigen Haft- und Stützapparaten ist aber unangebracht. In Wirklichkeit bilden beide funktionell wie anatomisch ein untrennbares Ganzes. Bei geschwächtem oder verletztem Beckenboden drängt der darauf lastende Eingeweideblock Blase, Mastdarm und Gebärmutter nach abwärts gegen den Hiatus genitalis, die Bruchpforte für den Prolaps. Ist diese Oeffnung besonders weit, dann genügt der Eingeweidedruck allein, auch ohne Schädigung der Muskulatur, um Vorfälle zu erzeugen. Wir sehen dies bei Jungfrauen oder Frauen, die nie geboren haben. Bei ihnen finden wir aber stets Zeichen angeborener Konstitutionsanomalien.

Eine alte Streitfrage besteht über die Bedeutung der Retroflexio für die Entstehung der Prolapse. Während einige Autoren der Lage der Gebärmutter keine wesentliche Bedeutung beimassen, vertrat *Kuestner* ebenso wie *Martin* den Standpunkt, dass die Retroversio-flexio das erste Stadium des Prolapses sei, ja dass ohne Retroflexio die Senkung der Scheidenwand wohl eine gewisse Grösse erreichen kann, nie aber dadurch ein Uterusprolaps entsteht. Es ist wohl sicher, dass der retroflektierte Uterus der nachteiligen Wirkung des Eingeweidedruckes im allgemeinen mehr ausgesetzt ist, als der anteflektierte; denn bei Schwäche des Beckenbodens treibt die resultierende Druckkomponente, namentlich wenn sich Darmschlingen zwischen Uterus und Blase finden, die Gebärmutter in der Richtung des Scheidenschlauches nach abwärts. Der e x t r e m retroflektierte, wie anteflektierte Uterus dagegen wird bei leerer Excavatio recto-uterina und Blase durch den intraabdominellen Druck in noch stärkere Anteflexio resp. Retroflexio gebracht und findet dadurch Halt an der Beckenbodenplatte. Wird aber bei weitem Hiatus genitalis infolge Aenderung der Körperlage oder besonders bei Eingeweidesenkung der nach rückwärts geknickte Uterus vom Douglasschen Raum her mehr in Mittelstellung gedrängt oder der anteflektierte durch die gefüllte Blase nach hinten geschoben, dann fällt die resultierende Druckkomponente wieder in die Richtung des Scheidenausganges, die Gebärmutter tritt tiefer. Wir haben jedoch wiederholt auch grosse Vorfälle der Gebärmutter bei anteflektiertem Uterus gesehen.

Ueberblicken wir die wichtigsten Zeichen konstitutioneller Minderwertigkeit in ihrer Bedeutung für die Prolapsgenese, so finden wir einen innigen Zusammenhang, eine Ergänzung der schädigenden Faktoren. Der enge Thorax und der damit in Zusammenhang stehende veränderte Atmungsmechanismus infantiler Individuen wirkt begünstigend auf die Entstehung der Enteroptose. Dadurch wird wieder der Druck des Eingeweideblockes auf die Gebärmutter und Beckenbodenplatte wesentlich erhöht. Die Minderwertigkeit das bindegewebigen Stützapparates im Verein mit der Schwäche der Beckenbodenmuskulatur asthenischer Individuen vermögen den erhöhten Druckverhältnissen keinen entsprechenden Widerstand entgegenzusetzen. Damit steht auch die erhöhte Neigung der Gebärmutter zur Retroflexio und zum Herabtreten in der Richtung des Genitalschlauches in unmittelbarem Zusammenhang. Wir sehen, wie alle diese Faktoren durch einen circulus vitiosus in Verbindung stehen und sich gegenseitig ergänzen in ihrer Wirkung auf den Gebärmuttervorfall.

Auf die verschiedenen operativen Massnahmen zur Beseitigung der Vorfälle soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Ich möchte nur allgemeine Gesichtspunkte besprechen, und da erhebt sich nun die wichtige Frage, ob es denn überhaupt möglich ist, bei einem Leiden, bei dem konstitutionelle Minderwertigkeit eine so grosse Rolle spielt, durch operative Massnahmen allein in allen Fällen dauernde Erfolge zu erzielen. Wir müssen uns darüber klar sein, dass wir in vielen Fällen mit der Operation des Vorfalles nur ein Symptom einer allgemeinen Erkrankung beseitigen, das momentan

die grössten Beschwerden bereitet. Vor allem darf in Fällen mit ausgesprochen *konstitutioneller* Minderwertigkeit, namentlich bei jugendlichen Individuen, die Behandlung des Vorfalles mit der Operation nicht beendet sein. Dies ist nach dem, was ich früher auseinandergesetzt habe, ohne weiteres klar. Bei asthenischen und hypoplastischen Individuen sind allgemeine und konservative Massnahmen am Platze. Bei Eingeweidesenkungen müssen gut sitzende Leibbinden, bei plötzlicher Abmagerung Mastkuren verordnet werden; bei jüngeren Frauen leisten Massage der Muskeln und systematische Turnübungen hervorragende Dienste. Als Richtschnur muss dienen, in jedem Falle streng individualisierend vorzugehen. Bei *erworbener* Eingeweidesenkung, bei gleichzeitig bestehenden Schenkel-oder Leistenbrüchen oder Verwachsungen kann durch chirurgische Eingriffe, wie Fixation des Magens oder Querdarmes, Lösung von Verwachsungen, Radikaloperation der Brüche, viel geleistet werden. Chirurgische Polypragmasie ist jedoch in solchen Fällen ebensowenig am Platze, wie schroffe Ablehnung jedes derartigen Eingriffes.

Recht interessant und von Bedeutung für die einzuschlagende Therapie sind auch die Resultate von Nachuntersuchungen. Hier fand ich oft eine Inkongruenz zwischen objektivem Befund und subjektivem Befinden. Ich sah Patienten mit objektiv tadellosem Dauerresultat, ohne Spur eines klinisch nachweisbaren Rezidivs, die dennoch über Senkungsgefühl, chronische Obstipation, Arbeitsunfähigkeit zu klagen hatten. Es gilt dies besonders für Genitalprolapse. Andererseits fand ich Frauen, die ein deutliches Rezidiv aufwiesen, jedoch mit dem Operationsresultat ausserordentlich zufrieden waren und angaben, auch schwere Arbeit ohne die geringsten Beschwerden ausführen zu können. Durch Verordnung einer elastischen Leibbinde, durch entsprechende Diätvorschriften kann das lästige Senkungsgefühl, das in den meisten Fällen durch Enteroptose und Zug am empfindlichen Douglasperitoneum bedingt ist, mit einem Schlage behoben werden. Auch psychische Beeinflussung leistet nicht selten wichtige Dienste.

Unsere Massnahmen müssen sich gegen die allgemeinen Konstitutionsstörungen richten. Wenn auch die Konstitution selbst kaum veränderlich ist, so ist es die Disposition zu Erkrankungen, die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen äussere Einflüsse. Hier ist es, wo der Hebel unseres therapeutischen Handelns angesetzt werden muss. Die Heilmassnahmen, die darauf abzielen, den konstitutionell minderwertigen Körper widerstandsfähiger zu machen, sind allgemein hygienischer Natur und haben umso mehr Aussicht auf Erfolg, in je früherem Alter sie beginnen. Vielfach wird noch die Bedeutung systematischer Muskel-und Atemübungen, Bewegung im Freien, entsprechende Ernährung, besonders bei jungen Mädchen, unterschätzt. Auch auf die Berufswahl muss bei solchen Kindern besondere Rücksicht genommen werden. Die beste Therapie der Prolapse bleibt eben die Prophylaxe. Hier kann weit mehr geleistet werden, als durch die beste Operationsmethode in späterem Lebensalter. Gelingt es auf diese Weise, von früher Jugend an ein widerstandsfähiges und kräftiges Geschlecht heranzuziehen, dann werden die Frauen gegenüber den vielseitigen Schädigungen des täglichen Lebens gewappnet sein und auch das schwerste Trauma, das ein Weib zu erdulden hat, die Geburten, ohne bleibenden Schaden ertragen. Kommt es dann doch einmal bei einer Geburt zu einer schweren Schädigung der Dammuskulatur, dann werden die erprobten Operationsmethoden auch in den meisten Fällen gute Dauererfolge zeitigen.

Nun zum Schluss noch kurz die *wichtigsten Grundprinzipien operativer Mass nahmen*, die sich mir im Laufe jahrelanger Erfahrungen am besten bewährt haben.

Bei der einfachsten Form des Vorfalles, der Senkung der vorderen und hinteren Scheidenwand, führen wir die vordere und hintere Plastik aus. Mit dieser Methode kommt man jedoch meistens nicht ans Ziel. Bei gleichzeitiger Cysto-oder Rectokele wird die Blase resp. Mastdarmwand durch Tabakbeutelnaht gerafft. Auch die isolierte Naht des Blasenhaftapparates führe ich stets aus. Von grosser Bedeutung ist die Naht des Levators. Dabei ist es erforderlich, die Levatorschenkel in exakter Weise darzustellen, da es sonst leicht passieren kann, dass man an Stelle der vermeintlichen Levatorschenkel nur durch einige tiefgreifende Nähte das subcutane und Fettgewebe näht. Ist der Levator ausserordentlich defekt, dann muss man sich natürlich nebst einem Versuch der Rekonstruktion des Muskels mit derartigen tiefgreifenden Nähten begnügen, oder man macht eine Muskelplastik aus dem Glutaeus. Bei grösseren Vorfällen leistet die Interposition nach *Schauta-Wertheim* gute Dienste und

gibt schöne Dauerresultate. Die Suspension der Gebärmutter an den Sacrouterinligamenten habe ich wiederholt mit gutem Erfolge ausgeführt. Dieses Verfahren scheitert jedoch ab und zu an der mangelhaften Entwicklung und Schwäche dieser Ligamente. Das Prinzip desselben besteht darin, die Sacrouterinligamente vom vorderen Scheidengewölbe aus nach Umkippen und Hervorziehen des Uteruskörpers aufzusuchen. Zu diesem Zwecke wird unterhalb des Gefässbündels jederseits durch das ligam. latum durchgegangen, die Sacrouterinligamente werden gefasst und durch die Oeffnung durchgezogen. Diese werden dann durch Bildung einer Schlinge verkürzt und verstärkt und sodann vorn an der Corpus-Collumgrenze des Uterus durch einige Nähte fixiert.

Ist der Gebärmutterhals besonders lang und dick, so empfiehlt es sich, einen Teil desselben zu entfernen, um diesen langen Hebelarm für den intraabdominellen Druck auszuschalten. Der anteflektierte Uterus findet eine Stütze an der Blase, resp. am muskulären Beckenboden, wodurch die Wirkung des Druckes der Eingeweide ausgeglichen wird. Ist jedoch der Gebärmutterhals verlängert, so gewinnt der Druck, da die Gebärmutter ja einen zweiarmigen Hebel darstellt, an Angriffsfläche an der Hinterwand des Gebärmutterhalses, dem längeren Hebelarm, und ein neuerliches Herabdrängen des Uterus in der Vaginalachse wird erleichtert.

Bei Retroflexio führe ich gleichzeitig mit der Prolapsoperation stets eine abdominelle Lagekorrektur aus, wobei sich mir die Methode von *Doleris-Schauta* sehr gut bewährt hat. Für Totalprolaps alter Frauen würde ich die Scheidenverödung nach *Neugebauer-Lefort* wärmstens empfehlen.

Bezüglich weiterer Operationsmethoden und deren Resultate möchte ich auf meine Mitteilung "*Klinischen Erfahrunge zur Therapie der Prolapse des weiblichen Genitales*" (*Arch. f. Gynaekol.Bd. 115*) hinweisen.

Die Therapie der Anal-und Rektalprolapse wird ebenso wie die der Genitalprolapse je nach dem Einzelfalle kausal und palliativ oder operativ sein. So ist es eigentlich selbstverständlich, dass man bei Haemorrhoiden, chronischer Obstipation, Durchfällen, Harnröhrenstrikturen, Blasensteinen etc., die nicht selten die Veranlassung zu Anal- oder Rektalprolapsen abgeben, zunächst versuchen muss, diese Ursachen zu beseitigen. Bei kleineren Prolapsen und bei kleinen Kindern gelingt es nicht selten, nach Reposition des Prolapses, durch Heftpflasterstreifen oder Bandagen mit Pessar denselben zurückzuhalten und nach längerer Behandlung Heilung zu erzielen. Auch Massage, Gymnastik und besonders Stuhlregelung leisten gute Dienste.

Falls die konservative Therapie nach einigen Monaten ohne Dauererfolg bleibt, und bei grossen Vorfällen ist die operative Beseitigung unbedingt indiziert.

Analprolapse werden ähnlich wie Haemorrhoiden behandelt.

Bei Rektalprolapsen führt gelegentlich die Einführung eines Silberdrahtringes (*Thiersch*), Fascienstreifens (*Payr*) oder die temporäre Einführung eines Gummischlauches subkutan um den anus zum Ziel. Bei reponiblen Rektalprolapsen möchte ich von den verschiedenen Resektionsmethoden die Exzision des zirkulär abpraeparierten Schleimhautzylinders und Raffnaht der nun von Schleimhaut entblössten Mastdarmmuskularis in Querfalten, dann Naht des Schleimhautrestes an die Haut unter Mitfassen der Muskularis als die einfachste und ungefährlichste empfehlen.

Bei grossen Totalprolapsen des Rektums habe ich wiederholt die Rektopexie am Kreuzbeinperiost und anschliessend eine Beckenbodenplastik mit gutem Dauerresultat ausgeführt. Zur Beckenbodenplastik kann man die Raffung der Levatoren und Sphinkteren verwenden. Auch eine Muskelplastik des Sphinkters aus dem medialen Glutaeusrand, wobei ein Muskelstreifen vor, der andere hinter dem Sphinkter herumgeführt und vernäht wird, gibt bei defektem Sphinkter oft sehr guten Halt und Kontinenz.

Auf die zahlreichen anderen Operationsverfahren soll hier nicht näher eingegangen werden. Zweck dieser Mitteilung sollte nur ein Hinweis auf die hohe Bedeutung konstitutioneller Anomalien besonders beim weiblichen Geschlechte für die Entstehung von Prolapsen sein. Nur eine sinngemässe und individualisierende Kombination von operativer und allgemeiner Behandlung wird in den meisten Fällen auch gute Dauererfolge geben.

Aus dem Isolation Hospital Chaoufoong Road
Chefarzt: *Dr. B. Szigeti*

Bericht ueber eine Anzahl von Dengue- Fieber-Erkrankungen

von *Dr. D. Abisch.*

Entgegen der ursprünglichen Ansicht lang ansässiger hiesiger Aerzte, die das Vorkommen von Dengue-Fieber in Shanghai bestritten, mussten wir uns in einer beträchtlichen Anzahl von fieberhaften Zuständen, die seit etwa Mitte September 1940 in unser Spital kamen, zur Diagnose Dengue entschliessen. Als Hauptargument gegen die Wahrscheinlichkeit dieser Erkrankung wurde angeführt, dass die zur Uebertragung des Dengue-Fiebers notwendige Moskitoart bisher in Shanghai nicht nachgewiesen werden konnte. Dieser Einwand schien uns durchaus nicht hinreichend. Denn erstens spricht die temporäre Nichtauffindbarkeit der Mücke keineswegs gegen ihr Vorkommen, und zweitens ist es ja nicht nur eine einzige, ganz bestimmte Mücke, die für die Krankheitsübertragung verantwortlich gemacht werden kann, sondern bei der Vielzahl der bisher beschriebenen Arten (Culex fatigans, Aedes Aegypti, Aedes albopictus, Aedes toeniorhynchus) liesse sich zwanglos mit der Möglichkeit einer weiteren bisher unbekannten Mückenart rechnen. Die Einweisung unserer fieberhaften Fälle ging indessen immer weiter, und zwar wurden die Patienten infolge der verschiedenartigsten Exantheme mit Vermutungsdiagnosen wie Scarlatina, Morbilli, Typhus exanthematicus eingeliefert. Nach kurzer Beobachtungsdauer, später aber auch schon auf den ersten Blick, musste diese Einweisungsdiagnose zugunsten des Dengue-Fiebers aufgegeben werden. So stand der skeptischen oder ablehnenden Haltung mancher Kollegen ein klinisch einwandfreies Krankheitsbild gegenüber, das nach der einschlägigen Literatur unbedingt als Dengue-Fieber anzusehen war. Etwa noch vorhandene Zweifel bezüglich der Diagnose wurden dadurch zerstreut, dass das Observatorium von Siccawei eine entsprechende Mückenart nachweisen konnte, die vermutlich durch einen Taifun aus Formosa hierher verschleppt wurde; ausserdem bestätigte bald darauf ein Monatsbericht des Lesterhospitals die Aufnahme einer grösseren Zahl von Dengue-Fällen, und auch ein am 19.11. sowie am 23.11.a.c. erschienener Bericht desselben Spitals bestätigte diese Tatsache neuerlich. Diese bemerkenswerten Mitteilungen wurden natürlich auch anderen Aerzten bekannt und, während nun die Epidemie noch lange nicht den Höhepunkt erreicht hatte, zugleich wurde die Zahl der bei uns eingelieferten Fälle immer geringer, offenbar weil nach der Klärung der Diagnose die an sich leicht verlaufenden Krankheitsfälle meist in häuslicher Behandlung blieben. Jmmerhin verfügt unser Spital über eine ansehnliche Zahl von Dengue-Fällen, von denen eine ganze Reihe derart charakteristisch verlief, dess wir sie einer Mitteilung wert erachten.

Bevor wir einige Krankengeschichten im Auszug bringen, möchten wir der Vollständigkeit halber einige der wichtigsten Daten dieses tropischen Fiebers mitteilen.

Anlässlich der bisher grössten Epidemie, die im Jahre 1928 beinahe 1/2 Million Menschen in Griechenland befiel, konnte das bis dahin schon recht gut bekannte Krankheitsbild noch weiter erforscht werden. Schon im Jahre 1907 konnten *Ashburn* and *Craig* zeigen, dass diese Krankheit durch ein filtrierbares Virus hervorgerufen wird. *Graham* in Beiruth fand als Ueberträger dieses Virus die Moskitoart Culex fatigans.

Spätere Forscher wie *Cleland, Bradley* und *Macdonald* gaben jedoch an, dass die Uebertragung in erster Linie durch die Aedes Aegypti erfolgen muss. Experimente ergaben, dass das Blut eines Denguekranken schon 18 Stunden vor dem Einsetzen der ersten klinischen Symptome für die Mücke infektiös ist, dass diese aber erst 11 - 14 Tage nach dem Ansaugen des Blutes das Virus auf einen anderen Menschen übertragen kann. Die Mücke bleibt dann zeitlebens übertragungsfähig. Unterhalb einer Temperatur von 18° C verliert sie diese Fähigkeit. Das Virus zeigt eine hochgradige Widerstandsfähigkeit gegen Temperaturen und Austrocknung. Dieses wurde durch einen interessanten Versuch von *Hoffmann, Mertens* und *Snijders* gezeigt, die getrocknetes Dengueblut-Serum aus Java nach Amsterdam brachten und 285 Tage nach der Blutentnahme typisches Dengue-Fieber an freiwillig Geimpften hervorrufen konnten.

Erwähnenswert ist auch der Versuch der oben genannten Forscher, der darin bestand, dass sie die Aedes albopictus an Denguekranken in Sumatra ansetzten, die Mücken dann auf dem schnellsten Weg nach Amsterdam versandten, wo der Stich dieser Mücken an Freiwilligen in jedem Falle ein fieberhaftes Krankheitsbild hervorrief. Als Inkubation wurde dabei die Zeit von 5 - 7 Tagen beobachtet.

Auch Vaccineversuche wurden angestellt. *John* und *Holt* bereiteten aus Leber und Milz von Dengue-infizierten Affen eine Vaccine, die zwar keine Immunität, aber eine deutliche Abschwächung des Krankheitsverlaufes zeitigte.

Die *Krankheit* selbst weist in charakteristischen Fällen 3 Stadien auf:

1/ Stadium des Anfalles (stage of invasion)
2/ Stadium der Remission (stage of remission)
3/ Stadium des 2. Fieberanfalles mit Eruption eines Exanthems (terminal fever and eruption).

Der *Fieberverlauf* ist in den ausgesprochenen Fällen sehr instruktiv. Nach plötzlichem hohem Fieberanstieg bis um 40 ° C folgt nach 1-2 Tagen ein lytischer Abfall auf die Norm, worauf nach weiteren 1 - 2 Tagen die Temperatur neuerlich, aber nur bis auf etwa 38,5 ° C ansteigt, um dann rasch zur bleibenden Norm zurückzukehren. So entsteht die charakteristische Zweizackigkeit mit einer anfänglich höheren Spitze, wobei das Fieberbild in der Form einem Sattel gleicht, als saddleback bezeichnet. Aber dieser klassische Fieberverlauf ist recht selten, da in vielen Fällen die zweite Zacke ausbleibt, wobei allerdings nicht ausser acht gelassen werden darf, dass der erste Anfall vom Patienten oft ambulant durchgemacht wird.

Was das *Exanthem* betrifft, so können die verschiedensten Formen und Arten auftreten; es kann aber auch vollständig fehlen. Als charakteristisch, wie auch wir es in einigen Fällen beobachten konnten, gilt ein leicht erhabenes, circinär angeordnetes, rötliches Exanthem, das am Anfang die Volar-und Dorsalflächen der Hände befällt, sich dann rasch auf die Unterarme, Brust und Rücken ausbreitet und in vielen Fällen auch die Kniegelenksgegenden einnimmt. Im allgemeinen verschwindet es binnen 12-24 Stunden in umgekehrter Reihenfolge des Erscheinens. Zuweilen nimmt es, wie in einem unserer Fälle, petechialen Charakter an, während es sonst auf Druck zum Verschwinden gebracht werden kann. In der Literatur wird eine Spätschuppung angegeben, die wir wegen der Kürze des Spitalaufenthaltes unserer Patienten nicht sicher beobachten konnten.

Die *weiteren klinischen Merkmale* sind die regelmässige Beteiligung der Gelenke, insbesondere der Knie; sehr heftige Schmerzen in der Kreuzgegend werden häufig angegeben. Die rheumatoiden Beschwerden können ohne nachweisbaren objektiven Befund die heftigsten Formen annehmen, so dass die Patienten oft Schmerzen verspüren, als ob ihnen die Knochen gebrochen wären. Eine 50 jährige Patientin äusserte spontan diesen Vergleich. Mit Recht wird daher in der Literatur diese Krankheit auch als *Breakbone fever* bezeichnet. Heftige Kopfschmerzen werden als Begleiterscheinung nicht selten beobachtet. Bei fast allen Patienten konnten wir im Spätstadium eine ausgesprochene Bradycardie bis zu 42 Pulsschlägen in der Minute feststellen. Die Zunge war in unseren Fällen fast immer belegt, und unschwer liessen sich oft mehrere Farben des Belages abgrenzen, von leicht weissgrau bis braun. Sehr charakteristisch, auch in unseren Fällen, ist das Blutbild. Mit auffallender Regelmässigkeit sehen wir im Endstadium eine ausgesprochene Leukopenie, die in der Literatur bis 1200 angegeben wird, in unseren Fällen aber nicht unter 2500 abfiel. Die Differentialzählung ergibt eine hochgradige Lymphocytose bis 70%. Bemerkenswert ist der Reichtum an grossen Lymphocyten, die fast an Lymphoblasten erinnern. Am Beginn des dritten Tages treten vereinzelt auch Myelocyten auf. Die Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen zeigt keine wesentlich von der Norm abweichenden Werte. Ueber das Vorhandensein eines positiven Weil-Felix bei Dengue konnten wir in der Literatur keine sicheren Angaben finden. Bei uns bot ein Fall einen positiven Titer von 1:250, so dass differentialdiagnostisch an die Möglichkeit eines leichten Typhus exanthematicus gedacht wurdet zumal derselbe Fall eine Milzvergrösserung bot. In allen anderen Fällen konnten wir keine Milzvergrösserung nachweisen. Oft sahen wir geringgradige Conjunctivitis, die insbesondere in den Fällen zu beobachten war, die ein hochrotes Gesicht zeigten.

Der *Verlauf* war in unseren Fällen stets ein gutartiger, wenn auch je nach Alter und Konstitution ein mehr oder weniger schweres Krankheitsgefühl vorhanden war. Während jüngere Patienten die Krankheit spielend überstanden, kam es bei älteren of zu Kreislaufkrisen, die eine kräftige Stimulation erforderten.

Was die *Therapie* anlangt, so ist in den ersten Tagen strenge Bettruhe erforderlich, ferner Sorge für leichte Kost und Stuhlregelung, allenfalls kühlende Umschläge auf Kopf und Brust. Herz und Kreislauf sind selbstverständlich zu kontrollieren und gegebenenfalls durch Cardiaca zu stützen. Gegen die Kopfschmerzen werden die üblichen Analgetica, etwa Mischpulver, angewendet, während rheumatische Komplikationen mit Salicylaten, Atophan u. ä., Wärmeapplikationen und auch mit Ichthyolpakkungen behandelt werden. Fast in allen Fällen geht die Rekonvalescenz mit einem allgemeinen Schwäche-und Mattigkeitsgefühl in den Beinen einher; Epistaxis, auf die in der Literatur besonders hingewiesen wird, konnte nur in e i n e m Falle beobachtet werden.

Im nachfolgenden mögen einige charakteristische Krankheitsgeschichten im Auszug gebracht werden:

Fall I.

Anamnese: E A. 23 Jahre Nr. 1416 aufgenommen am 4.10.1940.
Jm Vorjahre Scharlach in unserem Spital. Seit 2 Tagen Glieder- und Kreuzschmerzen, gestern hohes Fieber bis 39 unter gleichzeitigem Auftreten eines Ausschlages, wird mit *Masernverdacht* eingewiesen.

Status: Kräftiger Mann, gerötetes Gesicht, leichte Conjunctivitis, Rachen- und Mundschleimhaut o. B., keine Koplikschen Flecken.

Haut: Der ganze Rücken ist übersät von einem follicular angeordneten Exanthem, das besonders stark an beiden Schulterpartien ausgeprägt ist. Beide Ellenbogen weisen das gleiche Exanthem, das aber hier mehr confluierend ist, auf; ganz vereinzelte Efflorescenzen an den Handrücken, dagegen sind die Unterarme sowie Beine frei.

Lien: Nicht palpabel. Jnnere Organe o. B. Die Gelenke zeigen keinen äusserlich auffallenden Befund, ihre aktiven sowie passiven Bewegungen sind jedoch mit Schmerzen verbunden. Temperatur 40, Puls um 100.

5.10. Temperatur 39.5 C. Exanthem unverändert, starke Kreuz- und Gliederschmerzen.

6.10. Fieberabfall bis auf 36,7 C, das Exanthem hat wesentlich an Farbe verloren, ist an den Ellenbogenpartien fast gänzlich verschwunden, Puls 70, R.R. 100/65, Leukocyten 2500, Differentialzählung

72%	Lymphocyten	23%	neutroph. Leuk.
2%	eosinoph. Leukoc.	3%	Mastzellen

7.10. Exanthem nicht mehr sichtbar, Conjunctivitis zurückgegangen, Morgen- und Mittagstemperatur normal, abends leichter Anstieg auf 38 C, der Puls bleibt dabei auf 70.

8.10. Wieder fieberfrei, Gliederschmerzen nachgelassen, allgemeine Schwäche.

9.10 Auf eigenen Wunsch in häusliche Pflege entlassen.

Typische Kurve, morbilliformes Exanthem, das den einweisenden Arzt zur Maserndiagnose verleitete, Leukopenie, relative Lymphocytose, Bradycardie.

Fall II.

H.H. 55 Jahre Nr. 1471 Aufnahme 19.10.40. Vor 4 Tagen mit heftigen Kreuz- und Gliederschmerzen und Fieber erkrankt; im Verlauf der weiteren 3 Krankheitstage erfolgte allmählicher Abfall auf 37°. Genaue Fieberaufzeichnung vom behandelnden Arzt mitgeschickt; heute neuer Anstieg auf 39,2 unter Frösteln und Zunahme der Abgeschlagenheit.

Status: Die 55jährige Frau macht einen schwerleidenden Eindruck. Temperatur 39,2, Puls 93. Zunge gelblich-weiss belegt, in der Mitte trocken, starker foetor ex ore, Mund- und Rachenschleimhaut o. B., keine Conjunctivitis.

Haut: Die Beugeseiten der oberen Extremitäten sind von einem nur schwach roten diffusen Exanthem bedeckt. Ein ähnliches Exanthem, aber noch kleinfleckiger als das der Arme, ist über der ganzen Bauchhaut sichtbar. Rücken und untere Extremitäten frei.

Lien: Nicht palpabel.

Gelenke: Die Kniegelenke sowie die anderen grossen Gelenke erscheinen äusserlich nicht verändert, an den Insertionsstellen beider vasti mediales besteht eine Druckempfindlichkeit, ebenso ist die aktive und passive Beweglichkeit schmerzhaft. Schmerzen im Kreuz auch in der Ruhe.

20.10. Kritischer Fieberabfall von 39,2 auf 36,4. Klagen über Schmerzen, als ob die Knochen gebrochen wären. Ständiges Frösteln, Zunge immer noch dick belegt, weissgrau-gelbbraun, von der Spitze zur Wurzel hin den Farbton ändernd.
Das Exanthem tritt an den oben beschriebenen Stellen stärker hervor.

21.10. Diffuser Pruritus. Während das Exanthem an den oberen Extremitäten abnimmt, tritt es an der Bauchhaut stärker hervor, Hypotonie von 90:60, fieberfrei.
Subjektiv: Klagen über konstante Glieder-und Kreuzschmerzen.

22.10. Fieberfrei, Pruritus ist nach Gabe von Luminal geringer, heftige Schmerzen in beiden Knien.

23.10. Exanthem der oberen Extremitäten nicht mehr sichtbar, an der Bauchhaut in wesentlich abgeschwächter Form.

26.10. Exanthem verschwunden, Schmerzen im Verlauf des Nervus cutaneus lateralis.

27.10. Blutbefund:

Leukocyten	3750		
Lymphocyten, Lymphoblasten	55%	Eosinophile	3%
		Basophile	1%
Neutrophile	41%		

1.11. Ständig fieberfrei, die Glieder-und Kreuzschmerzen nehmen von Tag zu Tag ab: Auf Wunsch Entlassung.

Doppelzackige Kurve, Leukopenie und Lymphocytose, langanhaltendes Exanthem, Pruritus.

Fall III.

A.F. 30 Jahre Nr. 1408. 3.10 40 aufgenommen. Als Kind Scharlach und Diphtherie, vor 2 Tagen mit plötzlichem Schwindelanfall und hohem Fieber erkrankt; einen Tag später ausgedehnter hochroter Ausschlag am ganzen Körper, wird mit *Scharlachverdacht* eingewiesen.

Status: Korpulenter, kräftiger Mann, hochrotes Gesicht, keine perorale Blässe; Rachen: keine Angina, Mundschleimhaut o. B. Zunge weisslich belegt mit freien Rändern. Temperatur 39,9.

Haut: Der ganze Stamm ist diffus gerötet, bei näherem Hinsehen besteht dieser scharlachrote Ausschlag aus folliculären Fleckchen. Die Extremitäten weisen ebenfalls erythemartige Efflorescenzen auf, die streckenweise circinär angeordnet sind und freie Hautpartien umgrenzen.

Cor: Extrasystolen, relative Bradycardie.

Lien: Nicht palpabel.

4.10. Entfiebert, der Ausschlag ist deutlich abgeblasst.
5.10. Der Ausschlag ist spurlos zurückgegangen; Zunge belegt.
7.10. Auffallende Bradycardie *von 42*, Extrasystolen auf Digitalis zurückgegangen
8.10. Puls bradycard, 42-48, Leukocyten 4500.
9.10. Konstante Bradycardie von 48. Trotz allgemeiner Schwäche auf eigenen Wunsch entlassen.

Scharlachaehnliches Exanthem, Bradycardie.

Fall IV.

H.F. 42 Jahre Nr. 1423 Aufnahme 6.10. 1940. Vor 2 Tagen mit Fieber, Kreuz- und Gliederschmerzen erkrankt Seit gestern Ausschlag.

Status: Hochfiebernde Patientin, Gesicht flammend rot. Conjunctivitis. Rachen o. B. Zunge weissgrau belegt, Mundschleimhaut o. B.

Haut: Diffuser kleinfleckiger Ausschlag der ganzen Körperoberfläche mit auffallender Beteiligung der oberen Extremitäten. Das Exanthem zeigt stellenweise papulös-urticariellen Charakter und ist an den Streckseiten beider Unterarme kreisförmig unter Freilassung von gesunden Hautpartien angeordnet. Gelenke bei Bewegung schmerzhaft, sonst o. B.

7.10. Temperatur 39,6. Exanthem tritt stärker hervor. Subjektive Klagen: Kopf- und Gliederschmerzen.
8.10. Kritischer Fieberabfall auf 36,6 morgens, am Abend neuerlicher Anstieg auf fast 38. Das Exanthem heute sichtlich schwächer. Das Exanthem am Rumpf fast völlig verschwunden, hingegen treten an den Dorsal- und Palmarseiten sämtlicher Phalangen dunkelrote Petechien auf.
10.10. 4350 Leukocyten, 51% Lymphocyten. Die Petechien an den Fingern in Rückbildung.
12.10. Nur noch ganz vereinzelt Petechien an den Fingern, Kreuz- und Gliederschmerzen haben nachgelassen.
13.10. Allgemeine Schwäche beim Aufstehen.
15.10. Entlassung auf eigenen Wunsch.

Zweizackiges Fieber mit kurzem Intervall. Scharlach- und urticaria-aehnliches Hautbild, laenger anhaltende Petechien an den Fingern, Leukopenie, relative Lymphocytose.

Aus vier genau geschilderten Erkrankungsfällen von Dengue-Fieber, ausser denen bis Ende November 1940 noch etwa 30 Fälle beobachtet wurden, können zusammenfassend folgende Symptome als charakteristisch noch einmal hervorgehoben werden:

1.) Zweizackige Fieberkurve.
2.) Das Exanthem, das im Falle I masernähnlich,
im Falle III scharlachähnlich,
in anderen Fällen teils urticariell, teils petechial, einmal rubeoliform war.
3.) Fast allen Fällen war eine Leukopenie eigen, und zwar war die niedrigste Zahl im Fall I mit 2500 Leukocyten; diese Leukopenie war stets mit einer relativen Lymphocytose verbunden, bis 73% (Fall I).
4.) Bradycardie in der Rekonvalescenz, besonders im Fall III mit 42 Pulsen in der Minute.
5.) Fast alle Fälle zeigten eine verhältnismässige Hypotonie.
6.) Die Senkungsgeschwindigkeit nach Westergreen zeigte keine Besonderheiten.
7.) Die Milz war nur in einem Fall palpabel, bei dem ein *Weil-Felix* von 1:250 festgestellt wurde.

Es handelt sich bei der Dengue-Erkrankung um eine durch bestimmte Mückenarten übertragene Infektionskrankheit der warmen Länder mit noch unbekanntem Erreger. Die mit einem vielgestaltigen Hautbild einhergehende Krankheit zeigt schwerere subjektive Erscheinungen bei im allgemeinen leichtem Verlaufe und guter Prognose.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Chefarzt Dr. Szigeti meinen herzlichen Dank für die liebenswürdige Durchsicht dieser Arbeit aussprechen.

Physikalische Heilmethoden.

von

Dr. M. Rottwin,

Facharzt fur Physico - Therapie.

II.

Wenn ich in meinen Ausführungen jede medikamentöse Therapie unberücksichtigt lasse, könnte es leicht den Anschein haben, als ob ich der Meinung wäre, mit der physikalischen Therapie allein heilen zu wollen. Ich will aber im Gegenteil nochmals betonen, dass ich die physikalische Therapie ebenso als ein Hilfsmittel betrachte, wie es die medikamentöse ist.

Teilabwaschung und Teilabreibung.

Wir befeuchten ein weiches, gut Wasser saugendes grösseres Handtuch mit Wasser von indifferenter Temperatur. Ein Körperteil nach dem anderen wird damit abgewaschen oder abgerieben. Jeder behandelte Körperteil soll sogleich, ehe wir zum nächsten übergehen, trocken nachgerieben und bedeckt werden, wie ich auch raten möchte, nur den Körperteil aufzudecken, den wir gerade behandeln wollen. Man soll womöglich auch immer die gleiche Reihenfolge beibehalten: rechter Arm, rechtes Bein, linkes Bein, linker Arm, Brust, Rücken, Kreuz, rechtes Bein von hinten, linkes Bein von hinten. Diese Reihenfolge hat sich seit Jahren als praktisch erwiesen. Die Abreibung soll so vorgenommen werden, dass man das feuchte Tuch auf den zu behandelnden Körperteil glatt auflegt und mit der flachen Hand über dem liegenden Tuche reibt. Bei der Abwaschung wird mit dem geballten Tuch gewaschen. Im allgemeinen ist die *Teilabreibung* effektvoller und daher vorzuziehen; die *Teilabwaschung* werden wir nur dort verwenden, wo man jede Irritation vermeiden will, z. B. bei leicht irritierbarer Haut (Neigung zu Pruritus).

Indikationen: 1. Abhärtung bei Kindern und Erwachsenen, die verweichlicht und gegen Kälte- und Witterungseinfluss empfindlich sind oder zu Katarrhen der Respirationsorgane neigen.

2. Prophylacticum gegen Tuberculose und unterstützend bei der Behandlung der Tuberculose. Die Widerstandskraft des Körpers wird erhöht, der Appetit angeregt, die Nachtschweisse werden vermindert. Es ist angezeigt, die Prozedur am Abend vorzunehmen und im Falle von Nachtschweiss einen spirituösen oder Essigzusatz zu verwenden.

3. Gewisse Formen von Chlorose und Anämie, wobei namentlich die pastös-chlorotischen guten Erfolg versprechen. Hier ist eine Vorwärmung des Körpers wichtig; bei Ausbleiben der Reaktion vorher ein Sauerstoff- oder Sol - Bad, die später besprochen werden sollen.

4. Chronische Rheumatiker, sowie als Einleitung anderer Prozeduren.

5. Bei nervösen, neurasthenischen und hysterischen Personen.

Bei schlaflosen, hochgradig reizbaren Patienten soll die Behandlung auch möglichst am Abend vorgenommen werden und das Trocken- Frottieren durch ganz sanftes Abtrocknen ersetzt werden.

Das Halbbad.

Die Wanne wird mit Wasser von indifferenter Temperatur (35° C = 92° F) soweit angefüllt, dass es dem in der Wanne sitzenden Patienten ein wenig über den Nabel reicht. Zunächst wird der Patient aus einem Holzgefäss mit dem Badewasser aus der Wanne von hinten kräftig übergossen. Hierauf wird mit beiden Handflächen der Rücken in raschen, gleichmässigen Strichen massiert, desgleichen Brust, Bauch, Arme und Beine; dann lässt man unter fortgesetztem kräftigem Uebergiessen von vorn und dann von hinten so lange kaltes Wasser nachfliessen (daher der nicht ganz zutreffende ältere Name "Kaltwasserkur"), bis die Badewassertemperatur um zwei bis drei Grade abgekühlt ist. Der Patient verlässt die Wanne und wird gut trocken abgerieben. Die Dauer der ganzen Prozedur soll vier Minuten kaum übersteigen. Neben der schon früher beschriebenen Reaktion kommt beim Halbbad noch die nervenberuhigende Wirkung der Striche entlang den peripheren Nerven hinzu; diese Striche müssen daher sehr exakt ausgeführt werden. Im Halbbad können bei spezieller Indikation auch sogenannte hohe Güsse durchgeführt werden, d. h. mit dem gleichtemperierten oder kühleren Wasser lässt man den Guss auf den zu behandelnden Körperteil fallen; am häufigsten kommen die hohen Güsse auf Magengegend und Bauch in Betracht.

Indikationen: 1. Neurasthenie, Hysterie, Psycho - Neurosen, Morbus Basedowii.

2. Eine Reihe organischer Nervenkrankheiten:

a. Zentrales Nervensystem: Tabes, chronische Myelitis, alte Hemiplegien. Hierbei energisches Reiben der Beine bei sanfter Behandlung des Rückens (an dieser Stelle sei erwähnt, dass warme und Dampfprozeduren den Zustand meist verschlechtern).

b. periphere Nerven: Neuritiden, Neuralgien (Halbbäder in milder Form).

3. Fettleibigkeit, Gicht, Diabetes und andere Stoffwechselkrankheiten.

4. Darmatonie, Enteroptose, gewisse Formen des chronischen Magen-Darmkatarrhs.

5. Chronischer Muskel- und Gelenkrheumatismus. Hierbei werden die Halbbäder meist als Abschluss anderer noch zu besprechender Prozeduren verwendet.

Statt der Halbbäder oder auch in Kombination mit diesen können feuchte Ganzpackungen Anwendung finden (siehe unten).

Hydrotherapie bei gewissen fieberhaften und Infektionskrankheiten wirkt nicht so sehr durch das Herabsetzen der Temperatur, als vielmehr durch die Belebung des Nervensystems, Kräftigung des Zirkulationsapparates, Vertiefung der Atmung, Erleichterung der Expektoration, Besserung der Hautzirkulation und Hautatmung und durch die Verhütung von Dekubitus und Hypostasen (Hatschek).

Das Vollbad.

Es wird meist als laues oder lauwarmes Bad verabreicht, häufig mit medikamentösen Zusätzen wie Fichte, Sole, Kamille, Eisen, Schwefel, Schlamm etc. Es wirkt entspannend, beruhigend und schmerzlindernd.

Indikationen: 1. Als Schlafmittel knapp vor dem Schlafengehen; jede Trockenreibung vermeiden. Indifferente Temperatur; Dauer 10 - 30 Minuten.

2. Beruhigende Prozedur bei erregbaren nervösen Patienten, bei Angstzuständen, herabgekommenen Kranken als Unterstützung der Mastkur, und bei Hysterie.

3. Als protrahiertes, mehrere Stunden dauerndes Bad bei manisch erregten Kranken.

Heisse Vollbäder bis zu 40° C = 102° F bei Nephritis, chronischer Cholelithiasis, Nephrolithiasis, event. auch bei rheumatischen und neuralgischen Beschwerden.

Kurze *kuehle* Vollbäder, auch Tauchbäder genannt, von 15° C = 60° F und einer Dauer von 10- 30 Sekunden anstelle der Halbbäder, wenn diese aus technischen Gründen nicht möglich sind.

Die feuchte Einpackung.

Auf das Bett wird eine grosse, weiche Wolldecke gelegt, darauf ein in Wasser von Zimmertemperatur getauchtes und gut ausgepresstes Laken. Der Patient legt sich auf diese beiden Unterlagen und wird so eingeschlagen, dass die Arme mit eingepackt werden. Nur bei sehr unruhigen Patienten lässt man die Arme ausserhalb des Lakens, aber natürlich auf jeden Fall innerhalb der Decke. Die Handgriffe sollen rasch erfolgen, um jedes Frösteln zu verhindern, der Körper des Patienten muss unbedingt warm sein (Trockenreiben vor der Prozedur, heisse Getränke). Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch darauf hinweisen, dass zwischen einer Hauptmahlzeit und einer hydriatischen Anwendung mindestens 1 ½ Stunden verstreichen müssen.

Will man den Hautreiz erhöhen, so kann man dem Wasser Essig zusetzen oder aber den ganzen Körper mit Schmierseife (sapo calinus, sapo viridis) einreiben und den dicken eingetrockneten Schaum während der Packung auf dem Körper belassen; so einfach dieses Mittel ist, so wirksam ist es zur Erhöhung der Zirkulation in der Haut.

Die feuchte Einpackung wird im allgemeinen selbst von schwer kachektischen Patienten gut vertragen und ist überhaupt dort ein guter Ersatz, wo es aus irgendwelchen Gründen unmöglich ist, eines der obenerwähnten Bäder zu verabreichen.

Indikationen: 1. Bei fieberhaften Erkrankungen.

In diesem Falle verabreicht man 3 bis 4 Einpackungen hintereinander und lässt jede so lange liegen, bis sie warm wird, die erste also ca. 15 Minuten, die nächsten etwas länger, zum Schlusse als abkühlende Prozedur eine Teilwaschung, bei kräftigeren Patienten eine Ganzwaschung mit Essigwasser (halb verdünnt), oder ein Bad. Die Wolldecke ist in diesem Falle nicht zu straff anzuziehen, um den Patienten nicht zu beengen; es sind auch keine weiteren Polster oder Ueberbetten zu verwenden. Die kurzen Packungen mildern die Tachycardie und wirken beruhigend auf das Nervensystem. Sie sind also vor allem auch bei allen erethischen Formen anzuwenden. Bei sehr schwachen Patienten kann man sich damit begnügen, das Laken über den Körper des Patienten zu legen, um den Wechsel desselben ohne Belästigung des Kranken vornehmen zu können. Ich halte mich absichtlich bei der feuchten Einpackung etwas länger auf, weil ich glaube, dass diese Prozedur im Hause des Patienten am häufigsten Anwendung finden wird.

2. Bei afebrilen Prozessen.

Wir müssen hier zwei in ihrer Wirkung ganz verschiedene Arten der feuchten Packung unterscheiden:

a. Die oben erwähnte *kurze Packung*, die nur so lange liegen bleibt, bis sie die Körpertemperatur angenommen hat, also 15 bis höchstens 30 Minuten. Sie wirkt beruhigend, Puls und Respiration verlangsamend und vertiefend, antikongestionell, und wird durch eine nicht zu erregende Prozedur (Waschung, Halbbad) abgeschlossen (neurasthenischer Kopfdruck, Morbus Basedowii, neurasthenische Muskelschmerzen, Hemikranie etc.).

b. *langdauernde Packung* wird auf 1 bis 2 Stunden ausgedehnt. Hier tritt durch Wärmestauung Pulsbeschleunigung und Schweissausbruch ein (Achtung auf Blutdruck). Diese Packung kann in Verbindung mit einer excessiv kühlen darauffolgenden Kur als Kontrastkur verwendet werden.

Indikationen: Fettleibigkeit, chronischer Rheumatismus, Gicht (Strümpell).

Die Duschen

Diese wirken je nach Temperatur, Dauer und Druck verschieden, gehören aber auf jeden Fall zu den erregenden Prozeduren.

1. die lauwarme Regendusche.

½-2½ Minuten, am wenigsten erregend für geschwächte und schlaflose Patienten.

2. der fluechtige kuehle bis kalte Regen oder der ueber den ganzen Koerper bewegte Faecher.

Hierzu dient ein Schlauch mit Metallansatz, bei welchem der austretende Strahl fächerartig gebrochen wird; Dauer 10 - 40 Sekunden, wirkt abhärtend und anregend auf anämische Patienten.

3. die kuehle Strahlendusche.

Ein konzentrierter scharfer Wasserstrahl wird auf bestimmte Körperstellen gelenkt. Sehr wirksam bei Atonien der Bauchorgane. Die kalte aufsteigende Dusche, gleichfalls als Strahl oder Fächer von unten nach oben, bei sexueller Schwäche, nicht entzündlichen Hämorrhoiden, nervösem Asthma.

4. die wechselwarme oder schottische Dusche.

Es wechselt Dampf- oder Warmwasser-Dusche mit kaltem Strahl oder Fächer ab. Der warme Strahl wirkt länger ein, der kalte bildet eine kurze Unterbrechung; Dauer 2 bis 4 Minuten:

Indikationen: Rheumatische Muskel- und Gelenksprozesse, Neuralgien, nervöse Magenbeschwerden.

Strikte Kontra-Indikationen sind Ulcus, Perityphlitis, entzündliche Beckenprozesse, Gravidität.

Kalte Duschen sollen nie länger als zwei bis drei Wochen angewendet werden, auch von Gesunden nicht, da sie durch die fortgesetzte Benützung der kalten Dusche oft nervös werden.

Anhangsweise sei noch der Güsse gedacht, die von *Prissnitz* eingeführt wurden und sich eigentlich nur durch den geringeren Druck und die dadurch mildere Wirkung von den Duschen unterscheiden. Sie werden auch als Rücken-, Nacken-, Bauch-, Waden- usw. Güsse mit anderen Badekuren kombiniert.

Die Teilbaeder

Ihre Wirkung beruht darauf, dass ein lange andauernder intensiver thermischer Reiz eine lokale Tiefenwirkung entfaltet, die dann gleichsinnig gerichtet ist mit der Wirkung an der Körperoberfläche.

a. **Das Sitzbad von 28° C=80° F.**
Vorherige Kühlung des Kopfes und auch kühle Kopfumschläge während der Prozedur sind zur Verhinderung einer Kongestion zum Kopfe angezeigt.

Indikationen: 1. Atonie des Magens und Darmes, chronischer Magen-Darm-Katarrh, wenn er mit Obstipation und Meteorismus verbunden ist; abdominelle Plethora

2. Hämorrhoidale Schwellungen, Prostatorrhoe, Spermatorrhoe (nicht bei gesteigerter sexueller Reizbarkeit), Paresen der Sphinkteren und des Detrusor (nicht bei Sphinkterenkrampf); Amenorrhoe.

b. **Das Sitzbad von 36 - 40° C=102° F.**

Indikationen: Enteralgien, Periproktitis, Sphinkterenkrampf, Harndrang bei Cystitis, Perimetritis, parametritische Exsudate, chronische Adnexentzündungen, dysmenorrhöische Zustände usw.

Auch bei den spastischen Formen der Obstipationen können heisse Sitzbäder versucht werden.

c. **Das Fussbad,**

meist als kaltes fliessendes Fussbad, wobei kaltes Wasser unter Druck dauernd in die Fusswanne zu- und abfliesst; als Modifikation kann man in einem ruhigen Fussbad die Füsse des Patienten durch eine zweite Person andauernd reiben lassen. Schliesslich kann man dies auch durch fortgesetztes Wassertreten ersetzen. Temperatur 20 C°= 69° F. Dauer nur einige Minuten; bleibt die Reaktion aus, so ist besser ein wechselwarmes Fussbad zu verwenden, d.h. die Füsse abwechselnd in ein Gefäss mit heissem und mit kaltem Wasser zu tauchen; in jedem nur einige Sekunden verweilen, im heissen länger als im kalten. Im allgemeinen soll das Fussbad die darniederliegende Zirkulation anregen.

d. **Das Handbad**

wird meist als wechselwarmes verwendet, als Palliativmittel bei asthmatischen und stenocardischen Anfällen.

Kuehl-Apparate

Sie gestatten die Einwirkung einer bestimmten Temperatur auf eine bestimmte Körperstelle.

1. *Herzschlauch:* Aus Gummi oder Aluminium mit einem zuführenden und einem ableitenden Teil; durch das ganze System zirkuliert Wasser von der gewünschten Temperatur.

Als Kühler zu verwenden bei einer Reihe von organischen Herzerkrankungen: Endocarditis, Pericarditis usf., Morbus Basedowii, bei allen Palpitations-Zuständen infolge von Vitien oder Herzneurosen. Zur Beruhigung der Herzaktion auch bei Hämoptysen und fieberhaften Zuständen mit stürmischer Herzaktion.

2. *Nacken- und Rueckenschlauch:* Bei akuten und subakuten Spinal-Affektionen, bei Erscheinungen von spinaler Meningitis, sexuellen Reizzuständen, Pollutionen.

Warmer Nackenschlauch bei Hemikranien, Cephalalgien auf anämischer Basis.

3. *Der Winternitz'sche Magenschlauch* wird als Warmschlauch zwischen einen gleichzeitig angelegten kühleren Stamm-Umschlag geschoben. Anwendung bei hartnäckigem nervösem Erbrechen, Enteralgien, Cholelithiasis, spastischer Obstipation und dysmenorrhöischen Beschwerden.

Umgekehrt verwendet man einen gleichfalls in den Stammumschlag eingeschobenen Kühlschlauch bei akuter Perimetritis, Oophoritis, Perityphlitis statt Eisbeutel.

4. *Der Winternitz'sche Psychrophor,* eine Urethralsonde mit Wasser-Zu- und Ablauf. 10 bis 20 Minuten lässt man Wasser von 19° C = 63° F durchfliessen; später kann man das Wasser event. abkühlen. Anzuwenden bei sexuellen Schwächezuständen, mangelhafter Erektion, Prostatorrhoe, Spermatorrhoe Kontraindiziert bei sexuellen Reizzuständen.

5. *Der Arzberger-Ultzmann'sche Mastdarmkuehler.* Indikation: bei Fällen, in denen der Psychrophor wegen bestehender Strikturen nicht angewendet werden kann oder sonst vom Patienten abgelehnt wird; bei nicht blutenden Hämorrhoiden und chronischer Prostatitis.

Es ist wohl selbstverständlich, dass auch in der Hydrotherapie mit peinlicher Sauberkeit gearbeitet werden muss. Die Pfleger sind anzuweisen, kein Laken oder Tuch, das mit dem Körper in direkte Berührung kommt, wieder zu verwenden, ohne es vorher ausgekocht oder mindestens einige Stunden lang in Seifenlösung liegen gelassen zu haben. Ebenso müssen die zum Abtrocknen verwendeten Tücher sehr sauber sein, denn Herpes tonsurans, Dermatitiden und Furunkel, hervorgerufen durch unreine Wäsche, konnten wiederholt nachgewiesen werden.

REFERATE.

Inneres.

21. Neue Uebersicht ueber die Gefaessverschlusserkrankungen.

Auszug aus einem Vortrag von *W. Melville Arnott, M.D.* in der *Shanghai Medical Society* am 25. April 1940.

Die Embolie entsteht gewöhnlich im Herzen, (besonders Vorhofsflimmern links), im Endocard durch einen Infarkt oder auf einem Mitral-oder Aortensegel bei bakterieller Endocarditis.

Thrombose kann infolge einer obliterierenden Thrombangitis bei Männern im jugendlichen oder mittleren Alter, oder als Folge einer obliterierenden Arteriosklerose bei älteren Leuten beiderlei Geschlechts auftreten. Diabetes mellitus ist ein wichtiger prädisponierender Faktor bei obliterierender Arteriosklerose. Syphilitische Arteriitis ist nur gelegentlich die Ursache einer Thrombose. Fortschreitende Verstopfung einer kleinen Arterie oder Arteriole ist oft die Folge eines excessiven Vasoconstrictoren-Tonus durch lokale Kälteüberempfindlichkeit. Die Finger- und in geringerem Mass die Zehen-Arterien sind einer solchen thermischen Hypersensibilität besonders ausgesetzt, und die entstehenden Schäden werden unter dem Namen Raynaud'sche Gangrän zusammengefasst.

Klinische Erscheinungen.

Wenn eine grosse Arterie durch einen Embolus plötzlich verschlossen wird, kommt es zu Aenderungen der Hautfarbe in dem befallenen Gebiet. Die Haut wird weiss, und nach einigen Minuten entwickelt sich eine blasse Cyanose. Nach Stunden treten weisse Bezirke, Bier'sche Flecken genannt, auf cyanotischem Grund auf. Die Sensibilität geht zuerst in den peripheren, dann in den proximalen Bezirken verloren. Die Berührungsempfindung verschwindet, ihr folgt der Verlust der Schmerz-und der Kälteempfindung. Lähmung tritt auf, sie schreitet zentralwärts fort und wird nach ungefähr einer halben Stunde vollständig. Wenn der Stillstand der Zirkulation anhält und sich kein Kollateralkreislauf bildet, entsteht eine scharfe Demarkationslinie. Der Gliedabschnitt distal davon wird gangränös.

Häufiger jedoch ist die pathologische Abnahme der Zirkulation ein mehr allmählicher Vorgang und kann in den Gefässen der oberflächlichen Hautschichten, in den tiefen Muskelgefässen oder in beiden auftreten.

Im ersteren Falle wird die Haut glänzend, atrophisch und nimmt eine düsterrote Farbe an. Die Hauttemperatur ist im Vergleich zur normalen Seite herabgesetzt. Jede oberflächliche Hautläsion heilt äusserst langsam, und es besteht eine Neigung zur Entwicklung indolenter Geschwüre, hauptsächlich über der Ferse und zwischen den Zehen. Bei zunehmender Gefässverstopfung können Bezirke in trockene Gangrän übergehen.

Das Hauptsymptom ungenügender Blutversorgung der Muskeln der unteren Extremität ist intermittierendes Hinken. Die Stärke des Schmerzes ist abhängig von der Arbeitsleistung. So stellt sich z. B. Hinken beim Aufwärtssteigen und Schnellergehen rascher ein, als beim Abwärtssteigen und langsamen Gehen.

Diagnose.

Wenn Cyanose bei warmer Haut auftritt muss sie immer als pathologisch angesehen werden. Im Falle schwerer Ischaemie kann die Haut ein blass-wachsartiges Aussehen bekommen. Weisswerden des Gliedes beim Aufheben ist bei verstopfter Arterie, besonders bei Thrombangitis obliterans, oft nachweisbar. Die Prüfung des Pulses soll möglichst nach Erwärmung vorgenommen werden, da er dann am kräftigsten ist. Der Kapillarpuls kann nach Eintauchen der Hand oder des Fusses in warmes Wasser durch Untersuchung der Nagelfalzhaut durch Handlupe geprüft werden, indem durch einen Objektträger ein leichter Druck ausgeübt wird. Wenn beide Arme oder Beine 20 Minuten lang erwärmt werden, gibt jede Temperaturdifferenz einen Hinweis auf eine Differenz der Zirkulation, meist als Folge verminderter Zirkulation auf der kühleren Seite.

Die *radiologische Untersuchung* kann auf zweierlei Art vorgenommen werden:

a) eine einfache Aufnahme kann das Vorhandensein von Verkalkung der Mediaschicht, des Sitzes der Monckeberg'schen Sklerose, nachweisen.

b) die Arteriographie wird durch Aufnahme unmittelbar nach intraarterieller Injektion von Uroselectan, Perabrodil oder Thorotrast durchgeführt.

Behandlung:

Es gibt eine eindrucksvolle Menge von Beweisen dafür, dass das Rauchen ein Hauptfaktor in der Aetiologie der Thrombangitis obliterans ist.

Leider gibt es keine Therapie, die von wirksamem Einfluss auf die Entwicklung oder Entstehung der obliterierenden Arteriosklerose ist, ausser wenn diese gemeinsam mit Diabetes auftritt. In diesem Falle kann vielleicht die Behandlung des Diabetes das Fortschreiten der Arteriendegeneration aufhalten. Neuerdings bietet das Anticoagulen Heparin aussichtsreiche Möglichkeiten, die Ausbreitung einer Thrombose bei arterieller Erkrankung aufzuhalten.

Gefässerweiternde Mittel wie Nitrite und Muskelextrakte haben nur vorübergehenden Erfolg, und Acetylcholine werden zu schnell zerstört.

Es wurden ferner Versuche unternommen, die Zirkulation in den verengten Gefässen durch Herabsetzung der Blutviscosität mittels wiederholten Injektionen von hypertonischen Kochsalzlösungen zu steigern.

Passive Gefaessuebungen

durch abwechselndes Ansaugen und Drucksteigerung erfordern eine teure Apparatur. Der Vortragende war von den Resultaten enttäuscht. In den letzten Jahren hat er die Methode der intermittierenden venösen Gefässabsperrung nach *Collens* und *Wilensky* angewendet. Eine Blutdruckmanschette wird proximal angelegt und mittels elektrischer Pumpe im 4-Minuten-Cyclus je zwei Minuten aufgeblasen und entleert. Bei schweren Fallen von Arteriosklerose obliterans wird der Apparat bei einem Anfangsdruck von 30-35 mm Quecksilber 3 mal täglich je eine halbe Stunde angewandt. In leichteren Fallen nimmt man 40 mm. Quecksilber vier Stunden pro Tag und steigt allmählich auf 8 Stunden. Der Erfolg war im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden sehr befriedigend.

Bei vorgeschrittener Gangrän soll die Amputation im unteren Drittel des Oberschenkels vorgenommen werden In einigen Fällen, in denen die Arteriographie das von *Leriche* beschriebene Bild zeigte, wobei die Gefässe unterhalb der Absperrung sich durch einen Kollateralkreislauf füllten, wurde die Arteriektomie mit Erfolg durchgeführt.

Bei Verschluss ist die Sympathektomie *nicht* am Platze, und ihre Anwendung in solchen Fallen echter Gefässerkrankung ist mitverantwortlich für viele Misserfolge dieses Zweiges der Chirurgie.

The Journal of Clinical Medicine Shanghai 1940

Nr. 3

Neurologie und Psychiatrie.

22. Der derzeitige Stand der Schock-Therapie bei Schizophrenie.

Aus einem Vortrag von *A. V. Tarle* in der Gesellschaft russischer Aerzte in Shanghai am 19. Januar 1940.

Die Schock-Therapie bei Schizophrenie muss, wenn sie sich bewähren soll, zwei grundlegende Bedingungen erfüllen:

1.) Sie muss, exakte Diagnosestellung vorausgesetzt, zu kompletter und dauerhafter Heilung führen.
2.) Komplikationen aller Art sollen möglichst ausgeschaltet werden.

Was zunächst die Diagnose betrifft, pflegt man unter dem Sammelbegriff Schizophrenie folgende Gruppen zusammenzufassen:

1) Eigentliche Schizophrenie (Dementia praecox nach *Kraepelin*)
2.) Schizophrene Psychosen wie die verschiedenen Formen des manisch-depressiven Irreseins und verschiedene psychopathische Reaktionsweisen (Paranoide, Neurasthenische, Hysterische, Cyclothyme).

Wahrend die Prognose der 1. Gruppe infaust ist, kommt es bei der 2. Gruppe oft zu Spontanremissionen, und in diese letztere Gruppe gehören oft die Heilerfolge der Schocktherapie. Daher ist bei der Beurteilung dieser Therapie Vorsicht am Platze.

Die Insulin-Schocktherapie nach *Dr. Sakel* (Wien 1934) besteht in der täglichen intravenösen Verabreichung von Insulin, beginnend mit 20 I. E. und steigend bis zu 70-100 I. E. Schon zu Beginn der Kur treten manchmal hypoglykämische Störungen auf (Schweissausbruch, Schwindel), bei grösseren Dosen Blässe oder Rötung der Haut, heftige Schweissausbrüche und Coma. Dieses wird nach 3/4 bis 1 Stunde durch Verabreichung von Glukose abgebrochen. Nach *Sakel* führen mehrere derartige Schocks zu einer allgemeinen Besserung des psychischen Zustandes. Ob allerdings die Heilung dauernd ist, kann heute noch nicht entschieden werden. Diese Methode ist keineswegs gefahrlos, Todesfalle durch Lähmung des Atemzentrums etc. kommen vor.

Die Cardiazol-Schocktherapie nach *Meduna* (Budapest 1935) basiert auf der Beobachtung, dass Epilepsie und Schizophrenie niemals gleichzeitig bei einem Patienten vorkommen und eines das andere geradezu ausschliesst. Daher werden durch intravenöse Verabreichung von Cardiazol in toxischer, d. i. krampfauslösender Dosis im Abstand von 2-9 Tagen künstlich epileptische Anfalle erzeugt, die vollkommen einem Grand Mal-Anfall entsprechen (Aura, tonisches, clonisches Stadium, Coma) Der Anfall dauert 1-2 Minuten. Nach *Meduna* tritt nach einigen Anfällen Remission mit Krankheitseinsicht ein Nach Aussage von Kranken ist das Erlebnis dieser Injektion ein besonders schreckhaftes

Die Elektro-Schocktherapie beruht auf den gleichen Voraussetzungen wie die Cardiazol-Therapie; nur werden die epileptischen Anfalle auf elektrischem Wege mittels eines Apparates ausgelöst, der 1938 von zwei italienischen Psychiatern, *Carletti* und *Bini*, konstruiert wurde. Die Erfahrungen über diese Methode sind noch zu gering, weshalb *Tarle* die Convulsionsmethoden gemeinsam abhandelt.

Die enorme Zunahme der Geisteskrankheiten, insbesondere in U. S A., in den letzten Jahren, und die spärlichen zur Verfügung stehenden Heilmethoden bewirken, dass jede neue Methode mit grösster Begeisterung aufgegriffen wird. Wenn auch bei den Convulsions-Methoden Todesfälle vorgekommen sind, so sind doch im allgemeinen die Komplikationen oft harmloserer Natur (Furunkel, Unterkieferluxationen etc.). Immerhin zeigen die Statistiken von 1938 hohe Prozentsatze von Knochenfrakturen, auch Frakturen der Wirbelsaule, die wohl beim Versuch entstanden sind, die sich heftig wehrenden Patienten festzuhalten.

Bei den nun folgenden Statistiken ist in Betracht zu ziehen, dass unter den behandelten Fallen auch fraglos solche vorhanden sind, die nicht zur Gruppe der Schizophrenie im engeren Sinne gehören (s. oben) und bei denen es sich meist um Spontanremission handeln könnte.

1.) Abteilung für Psycho-Hygiene, New York, *Dr. Ross* und *Malzberg*: 1140 Falle.

Schockbehandlung mit Metrazol (Cardiazol):

Geheilt 1, 6%, wesentlich gebessert 9, 9%, leicht gebessert 24, 5%.

Behandlung ohne Schock:

Geheilt 3,5%, wesentlich gebessert 11,2%, leicht gebessert 7, 4%.

Vereinigung der Spitals- und Heimaerzte.

7. Januar 1941, 8.30 p.m.:

Dr. LÖWY

Zur Biochemie und Physiologie des normalen und pathologischen Harnes.

Termin und Tagesordnung der zweiten Sitzung werden noch rechtzeitig bekannt gegeben.

Ort:

Saal des Wardroad-Heimes.

Out Patient Department
138 Ward Road

Bericht vom 24. 11. bis 21. 12. 1940.

	Maenner	Frauen	Kinder	Gesamt
Ordinationen:	1432	1188	352	2972
Besuche im Heim:	25	25	34	84
Visiten auswärts:	18	21	6	45
Impfungen:	39	34	11	84
Infektionsfalle	4	1	-	5
Spitalfalle:	12	13	3	28
Gesamt:	1530	1282	406	3218

X-Ray Department

138 Ward Road.

Roentgen-Untersuchungen vom 1. 9. bis 30. 11. 1940

	Durchleuchtungen	Aufnahmen
Thorax	91	16
Magen-Darmtrakt	33	17
Knochen-Gelenke	—	30
Zaehne	—	6
insgesamt:	124	69

Nicht enthalten die Lungendurchleuchtungen der Lungenfuersorge!

Out Patient Department

680 Chaoufoong Road.

Bericht vom 9. bis 22. 12. 1940:

668 Ordinationen
23 Visiten
5 Hospitalfälle
696 insgesamt.

Heimstand am 22. 12. 1940:

239 Männer
187 Frauen
71 Kinder
497 insgesamt

GROSS-SHANGHAIER AERZTEVEREIN SEKTION HONGKEW.

6. Januar 1941, 8.30 p.m.:

Dr. SALOMON über Schularztfragen

20. Januar 1941, 8.30 p.m.:

Frau **PETERSEN**, Yoga-Lehre.

Ort: Jungmann's Cafestube

805 E. Seward Road.

J.R.C. Isolation-Hospital Shanghai.

Krankenbewegung in der Zeit vom 29. Oktober bis einschl. 26. Nov. 1940.

Krankenbelag am 29. Oktober (0 Uhr)
84 (53 Männer, 23 Frauen, 8 Kinder)

Zugänge 29. X. bis 26. XI. *81
165

Entlassungen 29. X. bis 26. XI. 113

Krankenbelag am 27. November (0 Uhr)
52 (29 Männer, 15 Frauen, 8 Kinder)

*darunter 37 Amöbendysenterie
1 Shiga-Krusedysenterie
7 Diphtherie
1 Typhus abdominalis
1 Typhus exanthematicus
8 Influenza
2 Dengue
2 Icterus gravis
5 Tubercul. pulmonum
1 Lambliasis

der Rest: Gastroenteritis, Angina, Erythema toxicum, Chorea, unspezif. Status febrilis

In der Berichtszeit gestorben:

1 Patientin (Amöbendysenterie, Peritonitis)

Out Patient Department

1090 Pingliang Road

Bericht vom 8. bis 21. 12. 1941.

715 Krankheitsfälle, darunter
5 Spitalfälle

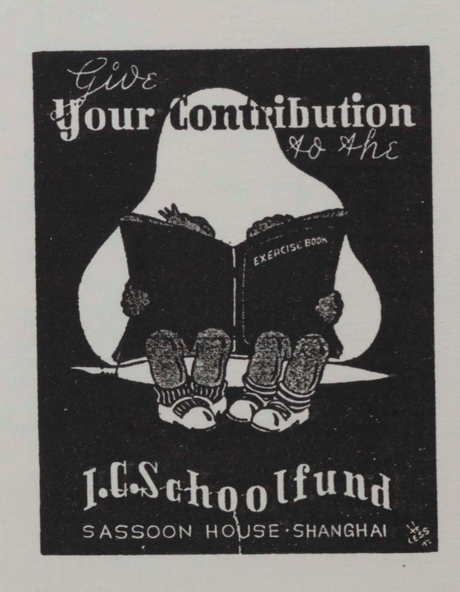
Heimstand am 21. 12. 1940:

528 Männer
73 Frauen
24 Kinder, ferner
14 Personen im Spital
639 insgesamt



Aus dem Inhalt der frueheren Hefte:

Walter Braun,	*Praktische Winke zur Differential - Diagnose einiger Infektions - Krankheiten.*
Alfr. W. Kneucker,	*Die Impotentia generandi.*
C. E. Mosse,	*Exsiccose.*
Fred. Reiss,	*Ueber Pruritus.*
M. Rottwin,	*Physikalische Heilmethoden.*
B. Szigeti,	*Diagnostische, therapeutische und prognostische Erfahrungen bei der Dysenterie - Behandlung.*
B. Zelnik,	*Die extrauterine Graviditaet.*



SUBSCRIPTION-RATES:

Shanghai (local)	NC-$ 10.00	one year
other places in CHINA	NC-$ 12.00	one year
JAPAN, HONGKONG	US-$ 1.00	one year
OTHER COUNTRIES	US-$ 2.50	one year

Aus dem Inhalt der naechsten Hefte:

Dag. Flater,	Ueber Ileus.
V. Kalmar-Fischer,	Angstzustaende.
H. Lange,	Zur Kollaps-Therapie der Lungentuberkulose.
D. D. Liang,	Hormonveraenderungen in der Schwangerschaft.
A. A. Loewenstamm,	Roentgenuntersuchung vom Standpunkt des Praktikers.
E. Margoninsky,	Fokal-Erkrankungen.
S. C. Pan,	Ueber tropischen Bubo.
Fred. Reiss,	Hongkong-Fuss.
Fr. Wiener,	Zur Indikation der operativen Behandlung der Galle.

Publisher and Proprietor: Dr. Kurt RAPHAEL, 78 Rte. des Soeurs.
Responsible for the editorship: Dr. Egon Goldhammer M.D.
680 Chaoufoong Road. Phone 51997.
Editor's office: Dr. Paul Salomon M.D.,
335 Wayside Road. Phone 50792.
Advert.-Dept.: Phil. Kohn, 810/27 E. Seward Rd. Phone 52629.
Printing: Centurion Printing Co, 90 Yuenfong Rd. Phone 51338.